



SURCE

SELEÇÃO UNIFICADA PARA RESIDÊNCIA
MÉDICA DO ESTADO DO CEARÁ

RESIDÊNCIA MÉDICA 2015

CADERNO DE QUESTÕES

DATA: 16 DE NOVEMBRO DE 2014.

PROGRAMA COM PRÉ-REQUISITO: GASTROENTEROLOGIA

ESPECIALIDADE: Gastroenterologia (R3)

Área de Atuação: Endoscopia Digestiva

INSTRUÇÕES

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, bem como a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados** antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 50 (cinquenta) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber o Cartão-Resposta, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. **Não use corretivo nem rasure o Cartão-Resposta.**
05. A prova tem duração de **4 (quatro) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **2 (duas) horas**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. Os participantes poderão solicitar cópia de seu Cartão-Resposta, digitalizado, conforme previsto no subitem 14.12 do Edital da SURCE.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e o Cartão-Resposta no campo destinado à assinatura e de entregar o Caderno de Questões e o Cartão-Resposta ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente após a assinatura da Ata de aplicação.

Boa prova!

Inscrição

Sala

Seleção Residência Médica 2015

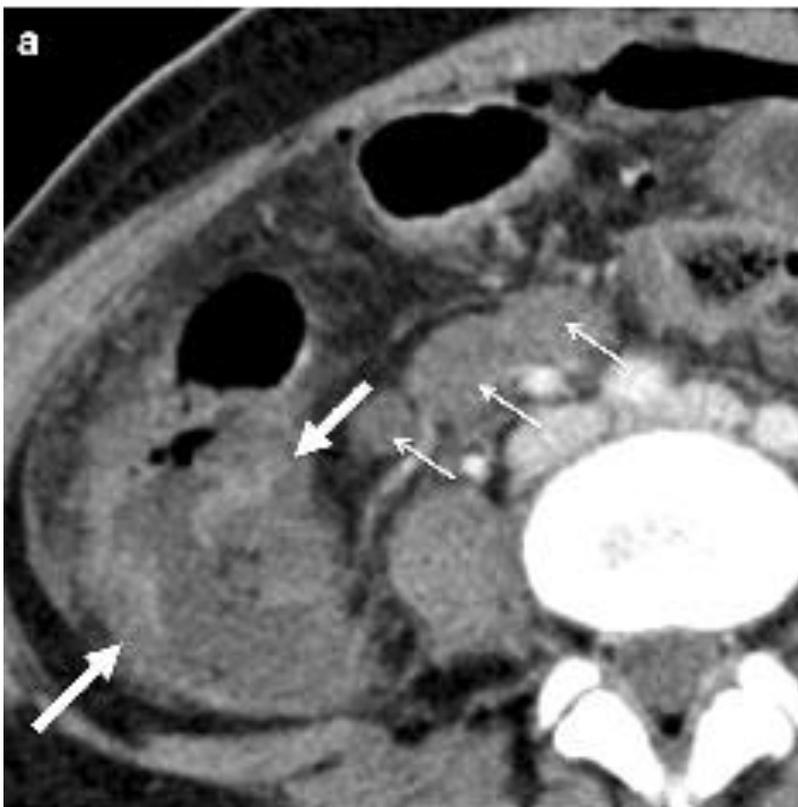
01. Metade dos pacientes portadores de diabetes tipo 1 de longa data apresentam gastroparesia. A hiperglicemia está associada a um retardo no esvaziamento gástrico, diminuição na motilidade antral e disritmias gástrica. Todos esses fenômenos estão relacionados à perda de função de que tipo celular?
- A) Célula D.
 - B) Célula S.
 - C) Célula enterocromafim.
 - D) Célula intersticial de Cajal.
02. Como recomendações para reduzir o risco de úlceras associadas ao uso de antiinflamatórios não esteroidais em relação ao risco cardiovascular e ao risco gastrointestinal, podemos afirmar:
- A) Pacientes com alto risco cardiovascular, com necessidade de utilizar aspirina e baixo risco gastrointestinal que necessitam utilizar um antiinflamatório, devem dar preferência ao uso de naproxeno associado com inibidor da bomba de prótons.
 - B) Pacientes com baixo risco cardiovascular, sem necessidade de utilizar aspirina, e alto risco gastrointestinal devido à história de úlceras complicadas, que necessitam utilizar um antiinflamatório, devem dar preferência ao uso de naproxeno associado com inibidor da bomba de prótons.
 - C) Pacientes com baixo risco cardiovascular, sem necessidade de utilizar aspirina, e baixo risco gastrointestinal que necessitam utilizar um antiinflamatório, devem dar preferência ao uso de naproxeno associado com inibidor da bomba de prótons.
 - D) Pacientes com alto risco cardiovascular, com necessidade de utilizar aspirina, e alto risco gastrointestinal devido à história de úlceras complicadas, que necessitam utilizar um antiinflamatório, devem dar preferência ao uso de naproxeno associado com inibidor da bomba de prótons.
03. Paciente, 41 anos, gênero feminino, com dor abdominal epigástrica em queimação e diarreia crônica, realizou endoscopia digestiva que mostrou duas úlceras duodenais ativas e uma esofagite erosiva intensa. Fez uso de omeprazol 20 mg/dia com resposta parcial. Não fez uso da dosagem de gastrina pois estava em uso de omeprazol. Faz uso semanal de naproxeno por enxaqueca. Baseado no caso acima, marque o diagnóstico mais provável.
- A) Doença de Crohn.
 - B) Síndrome carcinoide.
 - C) Síndrome de Zollinger Ellinson.
 - D) Lesão gastroduodenal por naproxeno.
04. Em relação aos métodos de detecção da presença da infecção do *Helicobacter pylori*, podemos afirmar:
- A) A sorologia para *Helicobacter pylori* possui alto valor preditivo positivo.
 - B) O teste respiratório para o *Helicobacter pylori* pode ser utilizado tanto antes como depois do tratamento.
 - C) O teste rápido de urease tem uma excelente acurácia, mesmo com o paciente em uso de inibidor da bomba de prótons.
 - D) A reação de polimerase em cadeia (PCR) possui excelente especificidade e sensibilidade, mas não permite detecção de resistência aos antibióticos.
05. Paciente 57 anos, gênero feminino, refere que há cerca de 6 meses vem apresentando perda de peso (15 kg), dor epigástrica, vômitos pós-prandiais e saciedade precoce. Procurou atendimento médico, tendo sido solicitado endoscopia digestiva alta, sendo evidenciado lesão úlcero-infiltrativa no antro. Baseado no caso descrito, marque o item correto.
- A) O diagnóstico deve ser de um câncer gástrico avançado, sendo que nesses casos os sítios de metástase mais frequentes são para o fígado e peritônio.
 - B) O diagnóstico deve ser de um câncer gástrico precoce, sendo que nesses casos as metástases estão presentes somente se a lesão acometer a camada muscular própria.
 - C) O diagnóstico deve ser de um câncer gástrico precoce, sendo que nesses casos as metástases estão presentes em menos de 3%.
 - D) O diagnóstico deve ser de um câncer gástrico avançado, sendo que nesses casos as metástases estão presentes em menos de 3%.

06. Paciente 42 anos, gênero feminino, refere que há vários anos apresenta quadro de diarreia com 3- 4 evacuações por dia e dor abdominal que melhora com a evacuação associada com situações de *stress*. Nega perda de peso, história familiar de câncer, sangramento ou uso de antiinflamatórios não esteroidais. Refere que fez colonoscopia no ano passado com o resultado normal, mas a biopsia mostrou uma colite crônica inespecífica. Baseado no caso, marque o item que representa a melhor conduta para o tratamento da paciente.
- A) Como predomina a diarreia, deve ser utilizado mesalazina para a paciente pensando ser um quadro de colite microscópica.
 - B) Como predomina a dor e tem relação direta com o *stress*, o primeiro passo é encaminhar para a avaliação psicológica.
 - C) Como predomina a diarreia e a dor associadas com o *stress*, devem ser utilizadas como primeira linha os inibidores da recaptção da serotonina, como a amitriptilina.
 - D) Como predomina a diarreia e a dor, devem ser utilizados como primeira linha antidiarreicos (loperamida) e antiespasmódicos, de maneira intermitente.
07. É importante o conhecimento que no processo de carcinogênese colônica existem dois estágios. O primeiro, a formação do adenoma, chamada iniciação tumoral e o segundo, a progressão do adenoma para carcinoma chamada progressão tumoral. Acredita-se que a maioria, mas não todos, os adenomas sejam provenientes da perda da função de um gene. Marque o item que representa esse gene.
- A) p53
 - B) APC
 - C) DCC
 - D) K-ras
08. Paciente de 35 anos, com constipação crônica há vários anos, refere que vem apresentando sangramento quando vai fazer o asseio anal após a evacuação. Nega lesão anal visível. Procurou o médico sendo diagnosticada a presença de hemorroidas. Marque o item que melhor representa a classificação da hemorroida do paciente.
- A) Hemorroida grau 1, pois apresenta apenas sangramento à defecação.
 - B) Hemorroida grau 2, pois para sangrar deve ter prolapso que retorna depois espontaneamente.
 - C) Hemorroida grau 3, pois para sangrar tem que ter prolapso que não retorna depois espontaneamente.
 - D) Hemorroida grau 4, pois para sangrar tem que ter prolapso permanente.
09. Paciente 50 anos, gênero feminino, procurou atendimento médico devido a quadro de aumento do volume abdominal e febre baixa não aferida. Foi solicitado ultrassom abdominal que evidenciou ascite. Realizou alguns exames de sangue que mostrou nível alto de CA 125 e punção do líquido ascítico que mostrou alto nível de adenosina deaminase. Como antecedentes tem hipotireoidismo em uso irregular de levotiroxina. Baseado no caso acima, qual o diagnóstico mais provável?
- A) Ascite por hipotireoidismo.
 - B) Ascite por cirrose hepática.
 - C) Ascite por neoplasia de ovário.
 - D) Ascite por tuberculose peritoneal.
10. No paciente portador de obesidade mórbida que necessita realizar cirurgia bariátrica, no pré-operatório devem ser solicitados:
- A) Consultas com o cirurgião, psicólogo, nutricionista, RX de tórax, teste de função pulmonar, ECG, teste de sono e endoscopia digestiva alta.
 - B) Consultas com o cirurgião, psicólogo, nutricionista, RX de tórax, teste de função pulmonar, ECG, teste de sono e teste respiratório *Helicobacter pylori*.
 - C) Consultas com o cirurgião, psicólogo, nutricionista, RX de tórax, teste de função pulmonar, ECG, teste de sono e manometria esofágica.
 - D) Consultas com o cirurgião, psicólogo, nutricionista, RX de tórax, teste de função pulmonar, ECG, teste de sono e pHmetria de esôfago.

11. Paciente 45 anos, gênero masculino, portador de AIDS em uso de terapia HAART de maneira irregular, vem apresentando um quadro de diarreia crônica grave, náusea e perda de peso. Baseado no quadro descrito, marque o agente etiológico provável e o melhor tratamento.
- A) *Isospora belli*, tratamento com azitromicina ou nitazoxanida.
 - B) Microsporídia, tratamento com azitromicina ou nitazoxanida.
 - C) *Cryptosporidium*, tratamento com azitromicina ou nitazoxanida.
 - D) *Micobacterium avium complex*, tratamento com azitromicina ou nitazoxanida.
12. Em relação à Giardíase podemos afirmar corretamente:
- A) Criança menores que 2 anos apresentam doença mais leve.
 - B) Não existe aumento da infecção por *Giardia* em pacientes homossexuais ativos.
 - C) Pacientes com hipogamaglobulinemia apresentam quadro de giardíase mais graves.
 - D) Em pacientes com AIDS, a giardíase geralmente é mais grave e resistente ao tratamento.
13. Paciente 50 anos, gênero masculino, refere que vinha apresentando sintomas dispépticos, tendo realizado endoscopia digestiva alta com detecção da presença de vermes sugestivos de ascaris. Após o exame, questionou ao médico sobre a presença dos vermes e perguntou quais as complicações que ele poderia ter tido. Baseado no caso descrito, marque o item correto.
- A) Na infecção por ascaris, somente uma minoria dos pacientes não apresenta sintomas.
 - B) Quando se acumulam em grande quantidade podem desencadear uma sub-oclusão intestinal.
 - C) O comprometimento pulmonar relacionado a infecção por ascaris é tardio (meses) após a infecção.
 - D) A possibilidade dos ascaris migrarem para a via biliar e pâncreas não foi confirmada, após estudos recentes.
14. Paciente portadora de doença de Crohn com fístula perianal apresentou nódulos subcutâneos com um halo eritematoso na região pré-tibial. Procurou atendimento médico, devido ao quadro dermatológico e piora do quadro intestinal com a presença de diarreia e dores articulares. Baseado no caso descrito, marque o item correto.
- A) O diagnóstico é de pioderma, e o quadro se relaciona com a piora dos sintomas articulares.
 - B) O diagnóstico é de eritema nodoso, e o quadro se relaciona com a piora dos sintomas intestinais.
 - C) O diagnóstico é de pioderma, entretanto é um quadro atípico, pois classicamente não se relaciona com a atividade da doença de Crohn.
 - D) O diagnóstico é de eritema nodoso, entretanto é um quadro atípico, pois classicamente predomina no gênero masculino.
15. São condições associadas à trombose venosa mesentérica:
- A) Policitemia vera, neoplasias, pancreatite e hemofilia.
 - B) Hypercoagulabilidade, inflamações abdominais, trauma abdominal e cirrose.
 - C) Deficiência de proteína C, deficiência de proteína S, deficiência de proteína F e uso de estrógeno.
 - D) Trombose venosa profunda, gravidez, doença inflamatória intestinal e uso de antiinflamatórios não esteroidais.
16. São fatores de risco para a presença de displasia e câncer em pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática.
- A) Baixa idade ao diagnóstico, grande extensão da doença e gravidade da inflamação.
 - B) Presença de sacroileite, presença de colangite esclerosante primária e presença de pseudopólipos.
 - C) Ausência de ileite por “backwash”, presença de colangite esclerosante primária, baixa idade ao diagnóstico.
 - D) Presença de colangite esclerosante primária, ausência de pseudopólipos, história familiar de câncer na família.

17. Um homem de 68 anos apresenta disfagia para sólidos e líquidos há 2 meses. Perdeu 6 Kg nesse período (peso habitual 65Kg). Refere pirose desde a juventude, controlada com omeprazol. Relata tabagismo dos 17 aos 55 anos (1 maço por dia). Realizou uma endoscopia há 10 meses que evidenciou esofagite de refluxo grau A de Los Angeles. Há duas semanas, realizou uma manometria esofágica que mostrou aperistalse, aumento da pressão e relaxamento incompleto do esfíncter inferior. Qual a conduta mais adequada?
- A) Repetir a endoscopia imediatamente.
 - B) Tomografia computadorizada do tórax.
 - C) Dilatação da cardia com balão.
 - D) Miotomia a Heller.
18. Uma mulher de 57 anos apresenta tosse seca há 4 meses que tem prejudicado suas atividades profissionais de cerimonialista. Relata também queimação retroesternal há mais de vinte anos, intermitente, inicialmente desencadeada por alimentos específicos e atualmente provocada por qualquer alimento. Realizou uma tomografia computadorizada de tórax e uma espirometria com teste provocativo que foram normais. A endoscopia digestiva alta mostrou pólipos do fundo gástrico e gastrite por *H pylori*. Há quatro meses utiliza omeprazol 40 mg duas vezes ao dia com melhora parcial dos sintomas. Qual a conduta mais adequada agora?
- A) Manometria esofágica.
 - B) Esomeprazol 40 mg duas vezes ao dia.
 - C) Teste terapêutico com broncodilatador.
 - D) Monitorização ambulatorial (24h) do pH esofágico.
19. Um homem de 27 anos apresenta dor torácica em aperto, que dura 20-30 segundos, recorrente, há 6 meses. Relata rouquidão intermitente e rinite desde a adolescência. Apresenta pirose 3 vezes por semana. Nega doença coronariana na família. Nega tabagismo e pratica atividade física 6 vezes por semana. Colesterol, triglicerídeos, glicemia normais. Teste ergométrico sem alterações do eletrocardiograma. Biópsia esofágica mostrou 25 eosinófilos por campo de grande aumento. Escolha a melhor conduta a seguir, entre as opções abaixo.
- A) Pantoprazol oral.
 - B) Budesonida tópico.
 - C) Montelukast oral.
 - D) Azatioprina oral.
20. Paciente se apresenta com pirose há 20 anos e biópsia do esôfago distal com metaplasia intestinal e displasia de baixo grau. Qual grupo de pacientes apresenta maior risco de desenvolver adenocarcinoma do esôfago associado ao quadro acima?
- A) Afrodescendentes.
 - B) Homens caucasianos obesos.
 - C) Mulheres com passado de câncer de mama.
 - D) Usuários crônicos de inibidor de bomba de prótons.
21. Uma mulher de 39 anos apresenta leve adinamia há 2 meses. Relata não consumir carne vermelha. Há um dia iniciou odinofagia e dor retroesternal que a acorda do sono. Hematócrito de 32%, hemoglobina de 9 g/dl, ferritina 3 ng/ml. Está em uso de sulfato ferroso há 1 semana, um comprimido no café da manhã e outro a noite ao se deitar. Realizou uma endoscopia digestiva alta. Qual o achado mais provável da endoscopia?
- A) Membrana esofágica.
 - B) Erosão na junção esôfago-gástrica.
 - C) Sinais de inflamação localizada no terço médio do esôfago.
 - D) Placas de exsudação esbranquiçada com halo eritematoso esparsas por todo o esôfago.

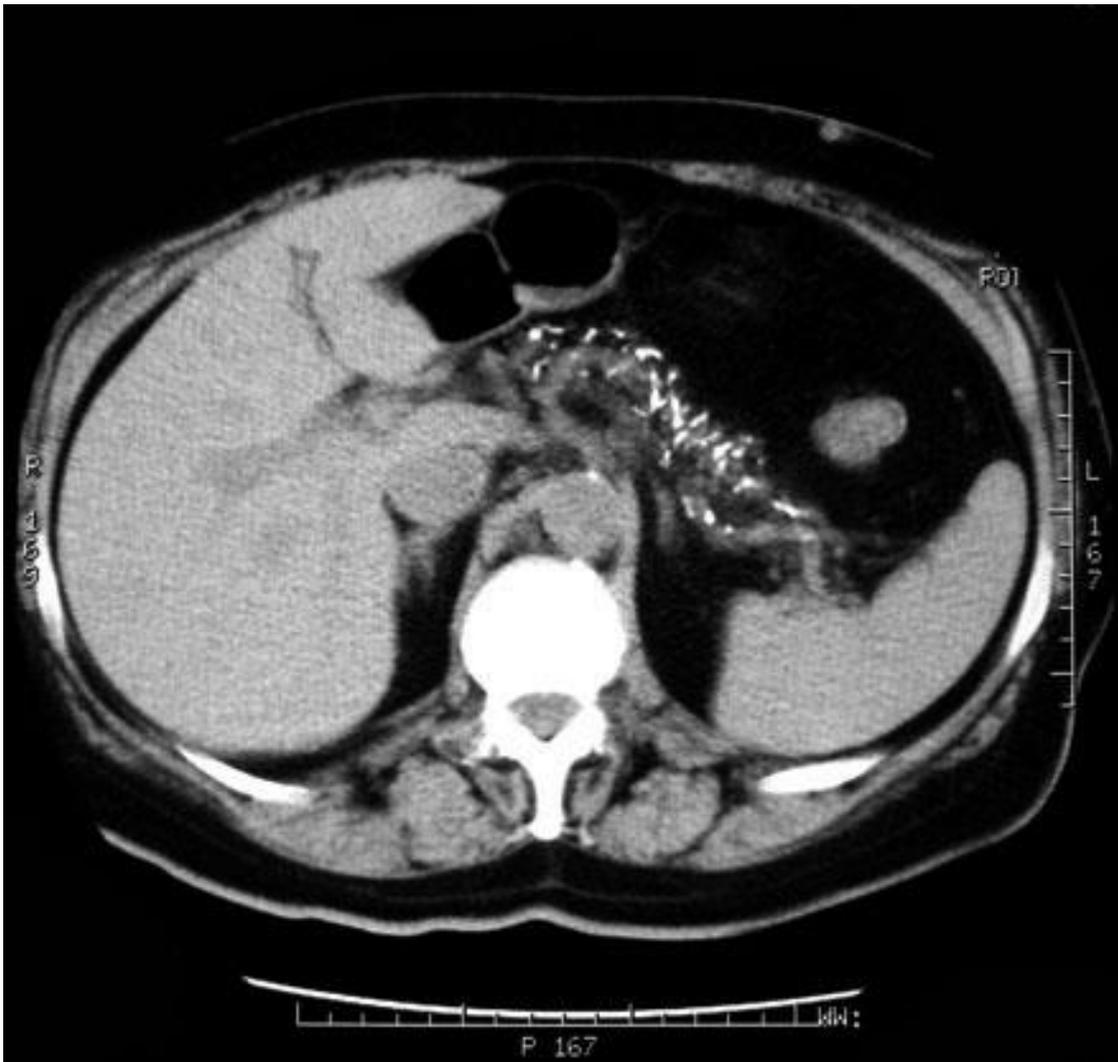
22. Uma mulher de 48 anos apresenta dor abdominal no quadrante inferior esquerdo e diarreia quase diária. As fezes são aquosas, 3 a 4 vezes por dia. Relata distensão abdominal e flatulência associadas ao quadro. Melhora com a evacuação e piora com a ingestão de leite e com o estresse. Nega perda de peso, sangue nas fezes, febre. O hemograma completo, a proteína C reativa, o VHS e a coprocultura foram normais, havendo leucócitos nas fezes. Qual a melhor conduta no momento?
- A) Colonoscopia.
 - B) Loperamida.
 - C) Lactase oral.
 - D) Fibra e aconselhamento.
23. Uma mulher de 47 anos apresenta dor abdominal periumbilical, distensão abdominal e diarreia aquosa 3 vezes/dia há 2 meses. Relata febre baixa intermitente. Nega sangue nas fezes e perdeu 5 kg em 2 meses (peso habitual 58 kg). Refere artrite reumatoide em uso de metotrexate. Ao exame, está emagrecida, há leve distensão abdominal e apresenta massa palpável profundamente no quadrante inferior direito do abdome. O sinal de macicez móvel é positivo com concentração de adenosina deaminase muito elevada. Tomografia computadorizada do abdome mostra parede do ceco espessada irregularmente e adenomegalia (foto). Qual o melhor diagnóstico?



- A) Tumor de ovário.
 - B) Doença de Crohn.
 - C) Tuberculose intestinal.
 - D) Adenocarcinoma do cólon.
24. Uma mulher de 37 anos apresenta anemia com ferritina de 8 ng/ml (normal 10-150 ng/ml), índice de saturação de transferrina 16% (normal 25-50%). Está em uso de sulfato ferroso e não melhorou. Nega anorexia, alteração do hábito intestinal, sintomas gastrintestinais, sangue nas fezes, distúrbio menstrual, perda de peso. Nega história familiar de câncer colorretal. A pesquisa de sangue oculto nas fezes foi negativa. Qual o procedimento mais adequado agora?
- A) Parasitológico de fezes.
 - B) Endoscopia por cápsula endoscópica.
 - C) Endoscopia digestiva alta com biópsias do delgado.
 - D) Dosagem de transglutaminase tecidual IgA e IgG sérica.

25. Um homem de 52 anos apresenta diarreia pastosa ou aquosa até 5 vezes por dia há 5 meses. O aspecto das fezes é oleoso e deixa uma fase oleosa no vaso sanitário. Refere artralgia de grandes articulações e perda de peso. O exame físico mostrou emagrecimento, palidez ++/4+, hiperpigmentação cutânea, sopro sistólico no foco aórtico de +/6+, e miórritmia oculomastigatória. Sudan III positivo; hemograma com anemia normocítica. Qual dos testes abaixo se associaria melhor com o diagnóstico?
- A) Anti-transglutaminase tecidual IgA e IgG.
 - B) Biópsia do delgado com atrofia vilositária e hiperplasia de criptas.
 - C) Aspirado duodenal com maior número elevado de unidades formadoras de colônias.
 - D) Biópsia do delgado com vilos alargado com macrófagos positivos para ácido periódico de Schiff (PAS).
26. Um paciente apresenta fadiga fácil e anemia. Ao exame, além de palidez, apresenta diminuição da sensibilidade tátil em ambos os pés, e reflexo aquileu débil. O hematócrito é de 29%, a hemoglobina de 8,7 g/dl, o volume corpuscular médio de 110 f, a contagem de plaquetas é de 55.000/mm³. O quadro acima pode ocorrer em todas as condições abaixo, **EXCETO**:
- A) Doença de Crohn.
 - B) Colite ulcerativa.
 - C) Anemia perniciosa.
 - D) Pancreatite crônica.
27. Homem de 29 anos é admitido com forte dor epigástrica há 12 horas, irradiada para o dorso, contínua, que piora com alimentação, associada a vômitos. O abdome é doloroso difusamente à palpação com ruídos hidroaéreos ausentes. Leucócitos de 19.000/mm³, amilase 850 UI/L, lipase 1050 UI/L. As variáveis abaixo estão associadas isoladamente a gravidade dessa doença e ao risco de morte, **EXCETO**:
- A) Idade maior que 60 anos.
 - B) Estado mental rebaixado.
 - C) Ureia maior que 35 mg/dl.
 - D) Leucocitose maior que 15.000/mm³.
28. Um homem de 31 anos com desconforto epigástrico e sangue oculto nas fezes (método do guaiaco) procura o médico para esclarecer o achado de um nódulo de 1,5 cm por 2,0 cm na cabeça pancreática à tomografia computadorizada. A avaliação clínica revela queixas de fadiga e perda ponderal de 1 kg nos últimos 2 meses. Refere ainda pirose, constipação e depressão. Nega vômitos, disfagia, dor torácica. O exame físico geral e neurológico são normais, exceto por leve sensibilidade epigástrica. O hemograma é normal, o cálcio sérico é de 12 mg/dl (normal 8,7-10,2 mg/dl), fosfato sérico 2,2 mg/dl (normal 2,5-4,3 mg/dl), magnésio sérico 1,7 mEq/dl (normal 1,2-1,9 mEq/dl), albumina 3,7 g/dl (normal 4-5 g/dl), proteínas totais 6,9 g/dl (6,7-8,6 g/dl), TSH 3,5 mUI/l (normal 0,3-4,3 mUI/l), prolactina, testosterona e fator de crescimento insulina-símile 1 (IGF-1) normais, CA 19-9 e CEA normais. Qual o melhor diagnóstico?
- A) Neoplasia endócrina múltipla tipo 1.
 - B) Síndrome de Von-Hippel Lindau.
 - C) Adenocarcinoma pancreático.
 - D) Síndrome carcinoide.
29. Homem de 31 anos com pancreatite aguda recorrente (5 episódios nos últimos 4 anos). Não tem história de etilismo, hipertrigliceridemia, uso de medicamentos, doença autoimune, colelitíase. Tem um filho sadio. Não apresenta doença pulmonar nem sinusopatia e o teste do suor foi normal. Qual exame pode mais provavelmente **esclarecer** o diagnóstico etiológico?
- A) Pesquisa de mutações do gene CFTR.
 - B) Pesquisa de mutações do gene PRSS1.
 - C) Ecoendoscopia pancreática com punção para citologia.
 - D) Ressonância magnética do abdome com protocolo pancreático.

30. Um homem etilista apresenta diarreia crônica, perda de peso e dor epigástrica pós-prandial irradiada para dorso. A quantificação de gordura fecal é elevada. A tomografia de abdome é apresentada a seguir. As condições abaixo são mais comuns nesse paciente, **EXCETO**:



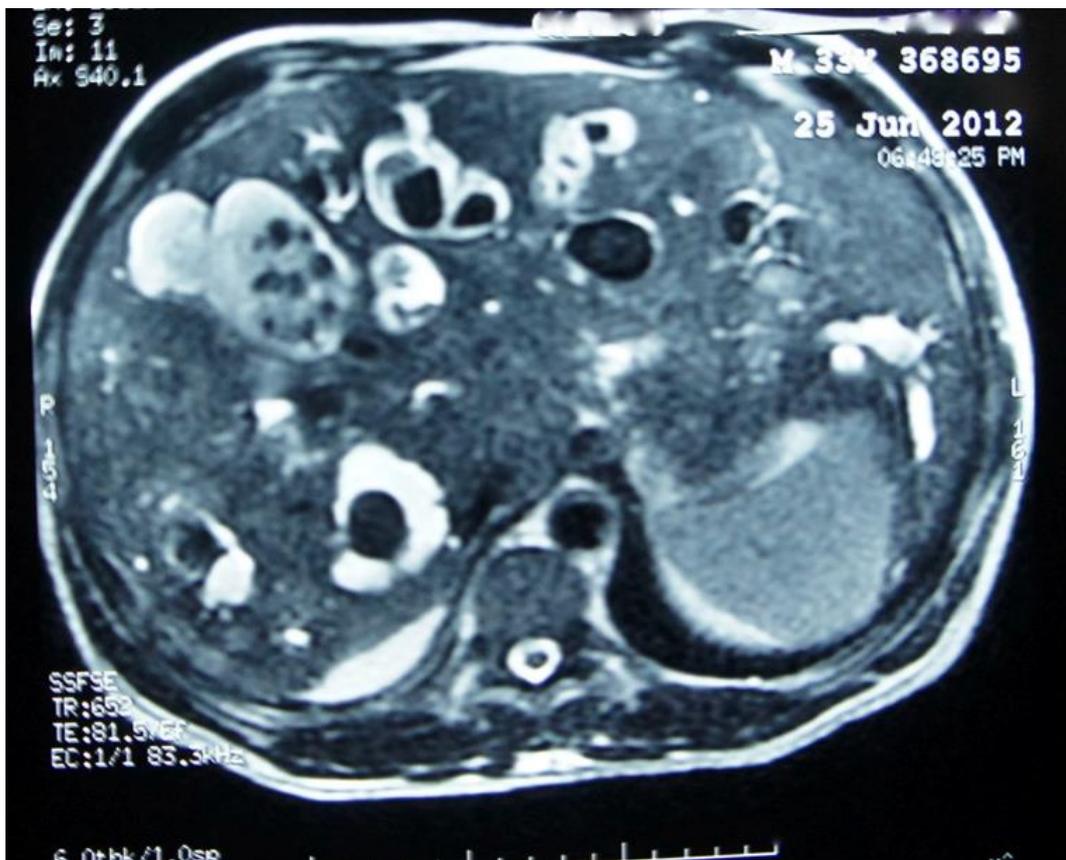
- A) Diabetes melito.
B) Deficiência de niacina.
C) Carcinoma pancreático.
D) Deficiência de vitamina A
31. A doença calculosa da vesícula e árvore biliar é bastante prevalente na população, sendo frequente quadro de dor abdominal e procura a atendimento em emergências ou UPA. Além do quadro clínico, recorrência, característica da dor, os exames de imagens são fundamentais na avaliação diagnóstica. Dentre as opções abaixo, assinale a mais correta em relação ao diagnóstico da doença calculosa da vesícula e vias biliares.
- A) A tomografia de abdome tem excelente acurácia no diagnóstico de coledocolitíase.
B) O ultrassom abdominal tem acurácia semelhante seja na colelitíase ou coledocolitíase.
C) A colangiorressonância magnética por sua elevada acurácia deve anteceder o ultrassom abdominal no diagnóstico de colelitíase.
D) O ultrassom endoscópico apresenta melhor acurácia na coledocolitíase comparado a colangiorressonância principalmente quando cálculos menores que 0,3 cm.

32. A colangite esclerosante primária (CEP) é uma doença colestática crônica, associada a áreas de estenose e dilatação na árvore biliar intra e extra-hepática, cursando com prurido, elevação de enzimas canaliculares, com perda progressiva da função hepática, sendo o transplante de fígado a única terapêutica em alguns casos. É importante o diagnóstico precoce dessa entidade para que medidas terapêuticas possam ser mais eficazes, ao ser iniciado precocemente.

Qual o método de escolha para avaliar o envolvimento (diagnóstico) da árvore biliar na CEP?

- A) Atualmente, a biopsia hepática é o método de escolha para avaliar o envolvimento da árvore biliar na CEP.
- B) Atualmente, o ultrassom endoscópico tem sido o método de escolha para avaliar envolvimento da árvore biliar na CEP.
- C) Atualmente, a colangiorrressonância magnética tem sido aceita como o método de escolha para avaliar envolvimento da árvore biliar na CEP.
- D) Atualmente, a colangiopancreatografia endoscópica retrógrada tem sido o método de escolha para avaliar o envolvimento da árvore biliar na CEP.

33. Paciente masculino, 33 anos, vem evoluindo desde os 10 anos com quadro de febre intermitente, calafrios, dor abdominal, por diversas vezes necessitou fazer uso de antibióticos orais e algumas vezes necessitou internamento para se submeter ao tratamento com antibióticos venosos. Nas crises de febre e calafrios a urina fica um pouco mais escura, e em poucas ocasiões apresentou hipocolia fecal, mas na maior parte das vezes as fezes tem cor normal. Encontra-se icterico ++/4, hipocorado +/4, 39 °C, PA: 100 x 70 mm Hg. Não apresenta xantelasma, mas escoriações pelo corpo. Fígado: hepatimetria 16 cm, bordo rombo, com discutível macicez móvel, Traube livre. Extremidades sem edema. Leucócitos: 20.000/mm³ com 80% polimorfonuclear, Plaquetas: 180.000/mm³, Htc: 34%, Hg: 10 g/%, INR: 2,5, Proteínas totais. 7, Albumina.:3,5, FA: 800 (nl < 80), gama-GT: 750 (nl < 35), Bt:5, Bd:4, Cr:1,5. Na investigação, realizou uma colangiorrressonância que não evidenciou alteração ao nível do colédoco, e os achados da imagem abaixo na visão axial da ressonância magnética sem contraste. Com base nesses dados e nos achados da ressonância magnética, é correto.



- A) O diagnóstico mais provável é tumor de Klatskin.
- B) O diagnóstico mais provável é doença de Caroli.
- C) O diagnóstico mais provável é colangite esclerosante primária.
- D) O diagnóstico mais provável é ascáris na árvore biliar intra-hepática.

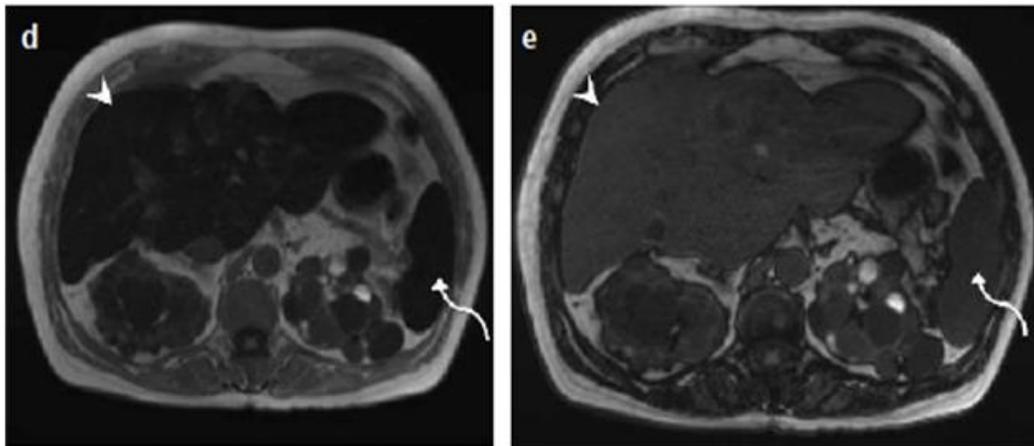
34. Uma mulher de 35 anos é admitida na emergência com dor epigástrica intensa, de instalação insidiosa há 1 hora, com náuseas e vômitos. Relata 3 outras crises semelhantes nos últimos seis meses. Pior com ansiedade. As crises anteriores não melhoravam com evacuação nem com omeprazol. Usa fluoxetina para depressão. Relata constipação alternada com diarreia pastosa 2-3 vezes ao dia há cinco anos, com períodos de normalização hábito intestinal. Traz uma colangiorressonância e uma ecoendoscopia biliar normais. Pesquisa de sangue oculto nas fezes há 2 meses foi negativo. Na emergência, realizou um ultrassom abdominal que foi normal, a amilase foi de 87 U/l (normal 20-96 UI/l), lipase 20 U/l (normal 3-43 U/l), ALT 68 (normal 7-41 U/l), AST 49 U/l (normal 12-38 U/l), gamaglutamil transferase 454 U/l (normal 9-58 U/l). Qual o melhor diagnóstico, conforme os critérios de Roma III?
- A) Distúrbio funcional do esfíncter de Oddi biliar.
 - B) Síndrome do intestino irritável com padrão misto.
 - C) Distúrbio funcional da vesícula biliar.
 - D) Dispepsia funcional.
35. Uma mulher de 37 anos é atendida na emergência por dor abdominal periumbilical intensa em cólica há 24 horas, agora localizada no quadrante inferior direito. Não evacuou e não apresentou vômitos neste período. Nega patologias prévias. No exame físico, apresenta temperatura axilar de 38°C, pulso de 100/minuto e pressão arterial normal. Ausculta cardiopulmonar é normal. O abdome apresenta doloroso no quadrante inferior direito. O exame ginecológico é normal e a dosagem sérica de beta-hCG negativa para gravidez negativo. Qual método de imagem é mais eficaz para o diagnóstico?
- A) Colonoscopia.
 - B) Ultrassom abdominal.
 - C) Raio X simples do abdome.
 - D) Tomografia computadorizada do abdome.
36. Paciente 40 anos, auditor, refere que vem apresentando diarreia com 3 evacuações por dia com fezes pastosas, sem dor abdominal, sangramento ou perda de peso. Relaciona o caso com uma infecção intestinal com febre após a ingestão de uma alimentação estragada e utilização de antiinflamatório não esteroide. Antecedente: Pai portador de doença de Crohn. Procura atendimento médico para avaliação. Refere que tem medo de ter a doença de Crohn, semelhante ao pai. Ao exame físico, estava normal. Refere que fez colonoscopia em outro serviço com o diagnóstico de ileite erosiva isolada. Deseja um aconselhamento sobre se toda a ileite erosiva é Doença de Crohn.
- Baseado no caso descrito, marque o item que você responderia como correto para o paciente.
- A) Sim, sobretudo no caso do paciente que tem uma história familiar de Doença de Crohn.
 - B) Não, pois uma infecção aguda por Yersinia, Salmonela ou Cólera pode dar um quadro semelhante de ileite erosiva.
 - C) Não, pois o uso de antiinflamatórios não esteroideais pode desencadear úlceras no íleo terminal semelhantes ao caso acima.
 - D) Sim, pois a presença de ileite terminal na ausência de lesão no reto sugere fortemente Doença de Crohn e não retocolite ulcerativa.
37. Paciente 25 anos, gênero masculino, refere que há cerca de 4 meses, durante a copa do mundo fez uso e grande quantidade de bebida alcoólica tendo evoluído com icterícia e aumento do volume abdominal. Procurou atendimento médico sendo diagnosticado um quadro de ascite. Realizou paracentese diagnóstica tendo apresentado um alto gradiente soro-ascite de albumina. Foi iniciado o tratamento com dieta hipossódica, doses baixas de diuréticos, apesar de ter perdido pouco peso, apresentou baixa adesão a dieta e parada de utilização de diuréticos devido à encefalopatia hepática. Paciente foi considerado como portador de ascite refratária, você concorda?
- Marque o item correto acerca do tema.
- A) O paciente possui ascite refratária, pois não respondeu à dieta hipossódica.
 - B) O paciente possui ascite refratária, pois desenvolveu complicações com o uso de baixas doses de diuréticos.
 - C) O paciente não possui ascite refratária, pois para ser definido como portador de ascite refratária teria de ter utilizado doses altas de diuréticos.
 - D) O paciente não possui ascite refratária, pois para ser definido como portador de ascite refratária teria que não ter perdido peso com o tratamento.

38. Paciente 60 anos, cirrótico de etiologia etílica, há 14 meses teve quadro de HDA por varizes de esôfago de grosso calibre, sendo realizada ligadura elástica e evoluindo há 6 meses com ascite. Foi atendido na UPA em 10/10/2014 com ascite volumosa, peso inicial 85 kg, edema de MMII ++/4, albumina 3,0 g%, Cr 0,6 mg/dl, Na⁺ 135, K⁺ 4, INR 2. Iniciou-se aldactone 100 mg de 12/12h e furosemida 40 mg de 12/12h. Foi reavaliado em 20/10/2014: peso 65 kg, sem edema de MMII, albumina 3,2 g%, Cr 1,2, Na⁺ 125, K⁺ 5, INR 2. Manteve-se o mesmo esquema de diurético uma vez que ainda apresentava macicez móvel. Em relação a conduta nesse caso, assinale a opção correta.
- A) A dose e o modo de administração duas vezes ao dia foram corretos, além da perda de 20 kg /10 dias que foi o ideal.
 - B) A dose, o modo de administração duas vezes ao dia foram corretos inicialmente, e a perda de peso foi a ideal. Quanto a elevação da Cr nestes 10 dias não precisa se preocupar tendo em vista que o normal é até 1,2 mg/dl.
 - C) A dose poderia ter sido esta, porém a administração do lasix de 12 em 12 horas, não é recomendada, e a perda diária foi bem superior a ideal no período. Manter mesma dose de diuréticos apenas administrando 1 vez/dia.
 - D) A dose poderia ter sido esta, porém a administração do aldactone de 12 em 12 horas, não é recomendada, e a perda diária foi bem superior à ideal, no período. Reavaliar dose e administrar o aldactone dose única.
39. Jovem 16 anos, estudante, natural e procedente de Fortaleza, há duas semanas com anorexia, náuseas, dores musculares, febre 37,5°C a 38°C, indisposição, apresentou prurido no corpo há 3 dias e colúria discreta, sem alterar a cor das fezes. Ao exame: normocorado, orientado, febril, anictérico. Nega história de medicação, nega uso de drogas, nega história de doença hepática na família. Exame cardio-pulmonar normal. Abdome: plano, discretamente doloroso no hipocôndrio direito, hepatimetria 16 cm, borda cortante, espaço de Traube ocupado, não se palpa o baço. Extremidades sem edema, sem flapping. Realizou sorologia para dengue IgM negativa, Leucócitos: 8.000/mm³ (40% polimorfonuclear, 50% linfócitos, sendo 10% linfócitos atípicos, eosinófilos 5%, monócitos 5%). AST 2.600 UI/l, ALT 1.200 UI/l, Bt 1,8 mg/dl, Bd 1 mg/dl, INR 1, Proteínas totais 7 g/dl, albumina 4,5 g/dl. Com base neste caso e no perfil epidemiológico assinale o correto:
- A) O mais provável é hepatite pelo vírus C e deve-se solicitar anti-HVC.
 - B) O mais provável é hepatite pelo vírus B e deve-se solicitar anti-HBc IgG.
 - C) O mais provável é hepatite pelo vírus E e deve-se solicitar anti-HVE IgM.
 - D) O mais provável é hepatite pelo vírus A e deve-se solicitar anti-HVA IgM.
40. Sr. 41 anos, ao doar sangue em janeiro/2012, recebeu informação 2 dias após para procurar ambulatório do HUWC-UFC, uma vez que apresentava HBsAg e anti-HBc IgG reagentes. Não deu a devida importância, uma vez que nada sentia. Julho/2013 resolveu procurar atendimento, tendo realizado os seguintes exames: HBsAg (+), anti-HBe (-), HBeAg (+), AST: 20, ALT: 30, INR: 0.8, Proteínas: 7, Albumina: 5 g/dl. HBV-DNA: 12.000.000 ui/ml. Optou-se por observar e repetir a cada 3 meses AST e ALT durante o ano de 2014, persistindo as aminotransferases sempre normais. O HBVDNA, em junho/14, foi de 11.500.000 ui/ml. Com base nesse caso, qual a conduta mais apropriada de acordo com protocolo de Hepatites Virais do Ministério da Saúde do Brasil?
- A) Não tratar uma vez que AST e ALT estão sempre normais, portanto é portador crônico inativo do vírus B.
 - B) Não tratar uma vez que AST e ALT estão sempre normais, portanto apresenta-se na fase de imunotolerância do vírus B.
 - C) Tendo em vista idade maior que 40 anos, do gênero masculino, deveria realizar biópsia hepática e se A2/F2 deveria tratar.
 - D) Tendo em vista a elevada carga viral deve-se tratar mesmo sem realizar biópsia hepática uma vez que é hepatite crônica pelo vírus B.

41. As medicações podem causar lesões hepáticas agudas, crônicas, cursando ora com necrose hepatocitária, colestase ou padrão misto. A agressão hepática por medicamentos é uma das principais causas de insuficiência hepática aguda. Os mecanismos etiopatogênicos são variáveis, desde lesão tóxica direta previsível, a reação idiossincrásica imprevisível. Assinale o item correto, quanto ao mecanismo de lesão e a droga correspondente.
- Idiossincrásica – paracetamol.
 - Idiossincrásica imunoalérgica – halotano.
 - Mecanismo tóxico direto previsível – isoniazida.
 - Mecanismo tóxico direto independente da dose – tetraciclina.
42. Sra. 36 anos, casada, bancária, procurou seus cuidados com quadro de indisposição, há pelo menos 8 meses, quando na ocasião realizou exames que evidenciaram AST: 400 ui/l, ALT: 600 ui/l, INR: 1,5, Bt: 4 mg/dl, Bd:3 mg/dl, realizou exames: Anti-HVA IgG (+) e IgM (-), anti-HBs (+), anti-HBc IgG (-), HBsAg (-), anti-HVC (-). Evoluiu desde então com oscilação das aminotransferases (200 a 800 ui/l) mas nunca normalizaram, e icterícia intermitente, com adinamia, indisposição, artralguas, e passou a apresentar manchas equimóticas após pequenos traumas, sem epistaxes e sem sangramento gengival. Dez meses após os primeiros exames e como persistia sem diagnóstico, procurou novo colega sendo realizados novos exames: AST: 600 ui/l, ALT: 550 ui/l, Pt.:7 g/dl, albumina: 2,5, INR: 1,5, FA:120 (nl< 100), gama-GT:80 (nl <40), Bt.: 5 mg/dl, Bd:4, FAN e anti-músculo liso negativos, ceruloplasmina: 50 mg/dl (nl 20 a 40), plaquetas:130.000/mm³, leucócitos 8.000/mm³, diferencial nl, Htc: 36%, Hg:11,5 g/%. Anti-HVC (-), ferritina 100 ng/ml (nl< 200 ng/ml). Ultrassom abdominal com doppler: fígado com borda romba e ecotextura heterogênea, lóbulo direito: 15 cm, fluxo hepatoportal, veia porta: 11 mm (nl<12 mm), Baço: 14 cm (nl<12 cm), sem ascite. Optou-se por biópsia hepática percutânea que evidenciou: alteração arquitetura hepática, infiltrado inflamatório no espaço porta linfo-plasmocitário, formação de pseudorosetas, e hepatite de interface, sem esteatose, coloração de Perls negativa. Com base nesses dados, assinale o correto.
- Trata-se de doença hepática crônica, provavelmente NASH.
 - Trata-se de doença hepática crônica, provavelmente doença de Wilson.
 - Trata-se de doença hepática crônica, provavelmente cirrose biliar primária.
 - Trata-se de doença hepática crônica, provavelmente hepatite autoimune.
43. A cirrose biliar primária (CBP) é uma doença hepática de evolução crônica que cursa com quadro colestatóico, distúrbios imunológicos, envolvimento dos ductos biliares intra-hepáticos com potencial de evolução para cirrose e necessidade de transplante hepático. Em relação a história natural é correto afirmar:
- Pode ocorrer CBP com anticorpo anti-mitocôndria negativo.
 - A recorrência da CBP raramente ocorre após o transplante hepático.
 - É frequente a associação com doença inflamatória intestinal.
 - A CBP é mais frequente no gênero masculino.
44. Jovem 26 anos, procurou atendimento com quadro de doença hepática crônica, e quadro de broncoespasmo e infecções pulmonares de repetição. Encontrava-se icterico ++/4, hipocorado +/4, eupnéico, sem cianose. Broncoespasmo na ausculta pulmonar. Hepatimetria 10 cm, bordo rombo, baço 2 cm abaixo do RCE, maciez móvel presente. Edema de mmii +/4. Realizou exames: Leucócitos: 3500/mm³, diferencial normal, Htc:30%, Hg:9 g/dl, Plaquetas: 90.000/mm³, INR:2, Cr:1mg/dl, Proteínas totais 6 g/dl, Albumina 2 g/dl, Bilirrubinas totais: 3 mg/dl (direta 2 mg/dl). Anti-HBs 100 ui/ml, anti-HBc IgG, HBsAg, Anti-HVC negativos, FAN, anti-músculo liso, anti-LKM1 negativos, Ceruloplasmina 80 (nl 20 a 60), dosagem de alfa-1-antitripsina: 30 mg/dl (85 a 215 mg/dl). Ultrassom com *doppler*: veia porta 14 mm (nl <12) fluxo hepatofugal, veia esplênica: 12 mm (nl<10), textura hepática heterogênea, sem lesões nodulares, bordas boceladas, baço: 16 cm, ascite de moderado volume sem debris. Com base nestes dados assinale o correto.
- Hepatopatia crônica sem sinais de hipertensão porta (fluxo hepatofugal), possível doença de Wilson.
 - Hepatopatia crônica com sinais de hipertensão porta, possível doença de Wilson.
 - Hepatopatia crônica com sinais de hipertensão porta, possível deficiência de alfa-1-antitripsina.
 - Hepatopatia crônica sem sinais de hipertensão porta (fluxo hepatofugal), possível deficiência de alfa-1-antitripsina.

45. Sr. 65 anos, aposentado, procurou atendimento com história de indisposição, fadiga há pelo menos 8 meses, sem febre, sem alteração do hábito intestinal, ou urinário, e que havia realizado alguns exames: Htc:54%, Hg:18g%, Leucócitos: 6.800/mm³, diferencial nl, Plaquetas:120.000/mm³, INR: 1,8 (nl< 1,2), Proteínas totais: 7 g/dl, globulina: 4 g/dl, Bilirrubinas totais: 3,0 mg/dl, Bilirrubina.direta: 2,5 mg/dl, AST: 120 ui/l, ALT:110 ui/l, Glicemia: 130 mg/dl, Cr:1,1 mg/dl, Anti-HBs reagente, anti-HBc IgG reagente, anti-HVC e HBsAg negativos, Ferritina: 1.400 ng/ml (nl < 350 ng/ml), índice de saturação de transferrina: 75%. Fígado: hepatimetria 17 cm, bordo rombo, espaço de Traube ocupado, sem ascite. Ressonância magnética com quantificação de ferro, que evidenciou moderada quantidade de ferro hepático. Imagem em (d) in-phase, imagem em (e) out-phase.

Com base nesse dados e na ressonância magnética assinale o correto.



- A) Não houve modificação do sinal de in-phase para out-phase sugerindo hemocromatose hereditária.
- B) Houve redução do sinal de in-phase para out-phase e sugere hemocromatose havendo necessidade de pesquisar as mutações do gene da hemocromatose hereditária.
- C) Houve aumento do sinal in-phase para out-phase e sugere hemocromatose não havendo necessidade de pesquisar as mutações do gene da hemocromatose hereditária.
- D) Houve aumento do sinal in-phase para out-phase e sugere hemocromatose havendo necessidade de pesquisar as mutações do gene da hemocromatose hereditária.
46. A doença hepática alcoólica é prevalente em todo o mundo e um dos grandes problemas de saúde pública, várias esquemas terapêuticos tem sido propostos, alguns com mais respaldo na literatura outros menos, mas sem dúvida a abstinência alcoólica é fundamental e deve ser incentivada em qualquer indivíduo com problema de uso prolongado de álcool.
- Além da abstinência alcoólica assinale dentre as opções abaixo a que tem mais respaldo na literatura no tratamento da hepatite alcoólica grave:
- A) Silimarina.
- B) Pentoxifilina.
- C) Propiltiuracil.
- D) Inibidores de TNF alfa.
47. A doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA) tem um espectro que varia de esteatose hepática apenas, esteato-hepatite não alcoólica, cirrose e risco de carcinoma hepatocelular ocorrendo tanto em adulto quanto em criança e adolescente.
- A DHGNA apresenta características histológicas distintas quando ocorre em adultos e crianças / adolescentes, assinale o correto.
- A) Esteatose só ocorre na DHGNA no adulto.
- B) Balonização hepatocitária ocorre mais frequentemente em crianças.
- C) Fibrose predominando em zona 3 no adulto, enquanto criança/adolescente predomina em zona 1.
- D) Inflamação predominando em zona 1 no adulto, enquanto criança/adolescente predomina em zona 3.

48. Paciente 42 anos, masculino, pintor, há 2 semanas com quadro de febre 38 °C a 40 °C, com dor no flanco esquerdo, anorexia, adinamia, perda de peso. Há relato de litotripsina em três ocasiões no rim D e uma no rim E nos últimos dois anos. Ao exame: hipocorado ++/4, anictérico, orientado, 40 °C, FC: 110 bpm, FR: 30 IRPM, PA: 100 x 70 mm Hg. Sem sinais de irritação peritoneal, punho percussão dolorosa região lombar E. Hepatimetria 14 cm, bordo cortante, espaço de Traube difícil avaliar devido dor. Leucócitos: 18.000 mm³, polimorfonuclear: 86%, eosinófilo:0%, basófilo: 4%, linfócitos:10%, VHS:110, PCR: 14. Cr:1,6 mg/dl, glicemia: 89 mg/dl. Na investigação: TC de abdome e pélvis com contraste mostra massa perirenal esquerda com baixa densidade e retroperitônio com captação de contraste e gás no seu interior. Sem pneumoperitônio. Sumário de urina bacteriúria, mas urinocultura foi negativa.
- Com base nestes dados, assinale o mais correto.
- A) Trata-se de pielonefrite crônica.
 - B) Trata-se de abscesso retroperitoneal cujo origem mais provável é de infecção do trato digestório e em geral polibacteriana.
 - C) Trata-se de abscesso retroperitoneal cuja origem mais provável neste caso se relaciona com litíase renal e em geral é polibacteriana.
 - D) Trata-se de abscesso retroperitoneal cuja origem mais provável neste caso se relaciona com litíase renal e em geral é monobacteriana.
49. A biópsia hepática é importante na avaliação dos pacientes com doença hepática crônica, além de avaliar o grau de inflamação e o estadiamento através do grau de fibrose, é importante na detecção de etiologias concomitantes ou na definição etiológica. Utiliza-se algumas colorações básicas e outras específicas. Assinale a alternativa que melhor associa a coloração com a etiologia.
- A) Tricromo de Masson avalia o grau de fibrose.
 - B) PAS é negativo na deficiência de alfa-1-antitripsina.
 - C) Coloração de Perls avalia grau de necrose hepatocitária.
 - D) Rodanina avalia presença de ferro como na hemocromatose hereditária.
50. O tratamento da hepatite crônica pelo vírus C tem modificado nos últimos anos, em 2013 foram acrescentados os inibidores de proteases de 1ª geração (Telaprevir e Boceprevir). Recentemente novas drogas foram liberadas para o tratamento da hepatite C, como Simeprevir (inibidores de protease de 2ª geração), Sofosbuvir (inibidores nucleosídeo NS5B) e Daclatasvir (inibidor NS5A), e várias outras drogas em fase II e III. A perspectiva em 2015 termos estas três novas drogas incorporadas ao nosso protocolo de tratamento de hepatite crônica pelo vírus C pelo MS-Brasil. Assinale o correto em relação as drogas já liberadas.
- A) O Simeprevir é eficaz contra o genótipo 3.
 - B) O Daclatasvir é eficaz apenas contra o genótipo 1 e 2.
 - C) Os Inibidores de protease de 1ª geração são eficazes contra os genótipos 1 a 6.
 - D) O Sofosbuvir e Daclatasvir são eficazes contra os genótipos 1 a 6, podendo ser utilizados em associação.